

DENUNCIA DE SINIESTROS

Esta denuncia deber ser contestada en todas sus partes, sin omisión alguna, en caso contrario no tendrá validez. Deberá ser presentada a "RIO URUGUAY COOP. DE SEGUROS LTDA", dentro de los tres días de conocido el acontecimiento.

POLIZA Nº ____________ **SINIESTRO Nº** ____________

1-DATOS DEL TOMADOR DE LA POLIZA

Apellido y Nombre ó Razón Social: CONFEDERACION ARGENTINA DE BASQUETBOL ________________
CLUB: ________________ **Asociación:** ________________
FEDERACION: ________________

2-DATOS DEL ACCIDENTADO

Apellido y Nombre :________________
Edad:________ **Fecha de nacimiento: / / .-Sexo:** ________**Peso** ________ **Altura**________
Estado Civil: ________ **Documento: Tipo** ________ **Nº** ________
Dirección: ________ **Código Postal:** ________**Ciudad :** ________
________**Provincia :**________**País:** ________
Teléfono (1) : ________ **Fax nº:** ________**E-mail :**________

1.- Cuándo y dónde tuvo lugar el accidente	**Fecha:** ________ **Hora:** ________ **Lugar:** ________
2.- Diga como sucedió y lo que Ud. estaba haciendo en ese momento (partido oficial o entrenamiento)	________
3.- Explique: a) ¿Qué lesiones ha sufrido? b) Si ha sufrido alguna vez una lesión en la misma región	**a)** ________ **b)** ________

4) **a) Dé los nombres y domicilios de los testigos del accidente.-**	**a)** ________ **b)** ________



b) ¿Intervino autoridad policial? c) ¿Se hizo Sumario? d) Comisaría	c) ____________ d) ____________
5) a) De el nombre, dirección y teléfono del médico que lo atendió cuando sufrió el accidente. b) ¿Es su médico de cabecera? c) Nombre y domicilio del médico que lo atiende actualmente.	a) ____________ b) ____________ c) ____________
6) ¿Cuántos días aproximadamente le demandará la curación y reintegro a la actividad?	____________
8) Día y hora en que realizan los entrenamientos.3	____________

- **Declaro que las manifestaciones y detalles consignados son válidos**
- **Ningún reclamo será considerado sin el correspondiente certificado médico.**

MUY IMPORTANTE	**PARA SER LEÍDO Y FIRMADO POR EL TOMADOR AL MOMENTO DE EFECTIVIZAR LA DENUNCIA** **La atención del siniestro se realizará por reintegro contra presentación de comprobantes y hasta la suma asegurada para cada rubro convenido en la póliza y aplicando la franquicia, si la hubiere.-** ____________ **Firma**

____________ **Firma del Tomador** **Aclaración:** ____________ **Tipo y Nº documento:** ____________	____________ **Firma del denunciante** **Aclaración:** ____________ **Tipo y Nº documento:** ____________

LUGAR Y FECHA: ____________